FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 N° 65

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

PAR

CRÉPIN Guy, Louis, Jean
Né à Paris le 7 Juillet 1912
Interne pr. des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DUODÉNUM MOBILE

Président : Mr J. CASTAIGNE, Professeur

IMPRIMERIE GÉNÉRALE
— J. DE BUSSAC —
2, Cours Sablon, 2
- Clermont-Ferrand -

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 N°

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

PAR

CRÉPIN Guy, Louis, Jean
Né à Paris le 7 Juillet 1912
Interne pr. des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DUODÉNUM MOBILE

Président : Mr J. CASTAIGNE, Professeur

IMPRIMERIE GÉNÉRALE
— J. DE BUSSAC —
2, Cours Sablon, 2
- Clermont-Ferrand -

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	André Forster ✻ ◍ I.
Assesseur		G. Schaeffer ✻ ◍ I.

Professeurs titulaires

Clinique médicale B	MM.	Ambard ✻ ◍ I.
Embriologie et tératologie		Ance ✻ ◍ I.
Clinique neurologique		Barre ✻ ◍ I.
Histologie		Bouin ✻ ◍ I.
Clinique O.R.L.		Canuyt ✻ ◍ I.
Anatomie		Forster ✻ ◍ I.
Clinique chirurgicale A		Leriche ✻ ◍ I.
Chimie biologique		Nicloux ✻ ◍ I.
Hygiène et bactériologie		Oberling ✻ ◍ I.
Clinique dermatologique		Pautrier ✻ ◍ A.
Clinique psychiâtrique		Pfersdorff ✻ ◍ I.
Clinique ophtalmologique		Redslob ✻ ◍ I.
Clinique gynécologique		Reeb ◍ I.
Clinique infantile		Rohmer ✻ ◍ I.
Physiologie		Schaeffer ✻ ◍ I.
Pharmacologie		Schwartz ◍ I.
Médecine légale et médecine sociale		Simonin ✻ ◍ A.
Hydrologie et climatologie		Vaucher ✻ ◍ I.
Physique biologique		Vles ✻ ◍ I.
Clinique chirurgicale B		Weiss ✻ ◍ A.

Professeurs sans chaire

Histologie	MM	Aron ✻ ◍ I.
Anatomie		Bellocq ✻ ◍ I.
Anatomie pathologique		Géry ◍ I.

Chargés de cours et agrégés

MM. Callot	MM Fontaine ◍ I.	MM. Gelma ✻ ◍ I.
Gunsett ✻ ◍ I.	Hanns ✻ ◍ I.	Humbert ✻ ◍ A
Kayser ◍ A.	Keller ◍ I.	Kreis ◍ A.
Romey ✻ ◍ A.	Reiss	Stahl
Tulasne	Waitz	Wolf ✻ ◍ A.
		Thivolle ◍ A.

Chargés d'un cours complémentaire

M. Roederer ◍ I. — M. Meyer M. ◍ I. M. Simon ✻ ◍ A.

Professeurs honoraires

M. Chavigny ✻ ◍ I. M. Stolz ✻ ◍ I. M. Weill ✻ ◍ I.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MA GRAND-MERE

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND
MEMBRE ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avec l'expression de notre reconnaissance respectueuse pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORSTER

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG
PROFESSEUR D'ANATOMIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHWARTZ

PROFESSEUR DE PHARMACOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUIN

PROFESSEUR D'HISTOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL PIOLLET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il fut notre Patron. Nous lui conservons un souvenir reconnaissant pour la bienveillance qu'il nous a témoignée lorsque nous étions son interne et depuis notre départ de Clermont.

Il nous a inspiré cette thèse et nous a prodigué ses conseils pour sa réalisation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ADRIEN PIOLLET

PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ECOLE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Qui fut pour nous un maître et un conseiller souriant.

A NOS MAITRES

DES HOPITAUX DE CLERMONT DONT NOUS FUMES L'EXTERNE ET L'INTERNE

MESSIEURS LES DOCTEURS :

DIONIS DU SÉJOUR, CHAUMERLIAC, DECHAMBRE, LUTON, RONGIER, GRIVEAUD.

A TOUS NOS MAITRES ET PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT

MESSIEURS LES DOCTEURS :

ALARY, BERNARD-GRIFFITHS, BUREAU, BUY, DECHAMBRE, DODEL, LIMOUSIN, MATHIEU, MERLE, MORNAC, PAILLARD, PATURET, PETIT, QUIQUANDON, VAURS.

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

MONSIEUR LE DOCTEUR ECALLE
ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL BOUCICAUT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE NEUROLOGIQUE
MÉDECIN DE L'HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR L. SAUVÉ
CHIRURGIEN DE LARIBOISIÈRE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR Ch. GANDY
MÉDECIN DE LARIBOISIÈRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES
MÉDECIN DE L'HOPITAL CLAUDE-BERNARD
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. LIAN
MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉTIVET
CHIRURGIEN DE L'HOSPICE D'IVRY
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il était le plus patient, le plus indulgent et le plus agréable des patrons. C'est avec un profond regret que nous avons dû quitter son service.

AU DOCTEUR ANTOINE LAPORTE

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS
ASSISTANT DU PROFESSEUR LEMIERRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

Qui fut pour nous plus qu'un maître.

A MES CONFÉRENCIERS ET AMIS

Messieurs les Docteurs :

BESSIERE, BROUET, BRUMPT, DASTUGUE, DEPAILLAT, JOUANNEAU, JOUVE, LEANDRI, M. MORENO, M. MORIN, J. PECHEUX, J. PIOLLET, GALAND, FRED SIGUIER, TARDIEU.

Contribution à l'Etude du Duodénum Mobile

Sur un cas de Sténose Sous-Vatérienne Chronique liée à l'existence d'un Duodénum mobile

Il nous a paru intéressant, à l'occasion d'un cas de sténose sous-vatérienne observé récemment, de consacrer notre thèse inaugurale à une forme assez spéciale des sténoses duodénales : celles qui sont dues à une malformation congénitale d'une relative fréquence, *le duodenum mobile*.

Définition

Il existe de nombreuses malformations congénitales du duodénum, mais, parmi elles, les anomalies de situation l'emportent de beaucoup par leur fréquence. Ces anomalies résultent des défauts dans la torsion de l'anse intestinale ou dans sa fixation. Celles qui résultent de l'absence de fixation de l'anse duodénale, par ailleurs de forme et de situation normale, réalisent la malformation connue sous le nom de *duodénum mobile*.

Le duodénum mobile, lorsqu'il n'entraîne pas de gêne de l'évacuation duodénale ou biliaire, reste parfaitement latent et ne constitue qu'une découverte radiologique. Il

peut, au contraire, être responsable de troubles posant au clinicien les problèmes diagnostiques les plus délicats, lorsque cette malformation retentit sur le transit duodénal et l'évacuation biliaire.

Rappel anatomique

Il nous paraît indispensable pour comprendre le mécanisme, la symptômatologie, les complications et le traitement du duodénum mobile, de procéder à un bref rappel de l'anatomie classique du duodénum :

1° *l'anneau duodénal* entoure la tête du pancréas et forme avec elle le bloc duodéno-pancréatique, profondément situé, rétro péritonéal. Normalement ce bloc est fixé au péritoine pariétal postérieur par un fascia d'accolement ; cette fixité n'est d'ailleurs que toute relative et le fascia d'accolement postérieur, constitué par du tissu cellulo-adipeux plus ou moins lâche, lui permet une certaine mobilité au cours des changements de position. C'est ainsi que, lorsque le sujet passe du decubitus dorsal à la station verticale, le duodénum peut s'abaisser de la hauteur de deux vertèbres. (Cette mobilité paraît même accrue chez la femme et chez les sujets maigres et ptosiques).

2° *le duodéno-pancréas* est croisé sur sa face antérieure par les racines du mésocolon transverse et du mésentère.

- la racine du mésocolon transverse coupe la deuxième portion du duodénum à l'union de ses deux tiers supérieurs et de son tiers inférieur. Mais ce croisement peut être reporté vers la droite ou vers la gauche.
- la racine du mésentère croise la face antérieure de la troisième portion en son milieu ; elle contient le volumineux pédicule mésentérique supérieur.

3° *la première portion du duodénum*, ascendante, fait suite au pylore et se continue sous le foie avec la deuxième portion descendante en formant avec elle un coude : *le genu superius*. Chirurgicalement on la subdivise en un segment gauche mobile, le bulbe des radiologistes, et un segment droit adhérent à la tête

pancréatique et souvent au hile du foie et à la vésicule .

4° *la deuxième portion du duodénum* adhère intimement à la tête du pancréas par son bord interne. C'est à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de cette portion, que s'abouchent les canaux cholédoque et pancréatique, accolés dans l'ampoule de Vater.

Cette portion, croisée par la racine du mésocolon transverse, peut être divisée en portion sus-mésocolique et portion sous-mésocolique (très brève et correspondant au deuxième coude du duodénum ou genu inferius).

5° *la troisième portion du duodénum* croise horizontalement la face antérieure de la 4e vertèbre lombaire dont la sépare l'aorte.

6° *la quatrième portion du duodénum* monte latéro vertébrale gauche jusqu'à l'angle duodéno jéjunal. Elle est sous-mésocolique.

7° *l'angle duodéno jéjunal* est fixé au pilier gauche du diaphragme par le muscle de Treitz.

Anatomie pathologique du Duodénum mobile

1° L'absence de fixation postérieure du bloc duodèno-pancréatique réalise, anatomiquement, le duodénum mobile.

2° Cette mobilité, par défaut d'accolement, peut être totale ou partielle.

a) LE DUODENUM MOBILE EN TOTALITE est la variété la plus rare : le duodénum tout entier, ainsi que la tête du pancréas reste libre et flottant.

b) LE DUODENUM MOBILE PARTIELLEMENT est une anomalie beaucoup plus fréquente (1 cas pour 2.000). Le défaut d'accolement à la région duodénale droite (c'est-à-dire située à droite de l'artère mésentérique supé-

rieure). Suivant le degré de cette mobilité partielle on doit encore décrire deux variétés courantes :

1° le duodénum mobile partiel incomplet,

2° le duodénum mobile partiel complet.

1° *le duodénum mobile partiel incomplet.*

La fixation commence au niveau du croisement par la racine du mésocolon. Le genu superius, D1 et la partie supérieure de D2 sont donc mobiles. De nombreux travaux ont démontré récemment l'existence d'une variété où la mobilité est encore plus restreinte car seule la portion droite de D1 est anormalement mobile : c'est le *duodénum mobile initial* GUTMANN et VIENNOT-BOURGIN.

2° *le duodénum mobile partiel complet.*

où la mobilité s'étend jusqu'à l'insertion du mésocôlon transverse sur D2.

Conséquences Anatomo-Cliniques

Dans le decubitus le duodénum est d'aspect et de forme normale, mais, lorsque le sujet est en station verticale, l'estomac attire vers le bas la portion anormalement mobile du duodénum. Ainsi, au niveau de la réunion des portions mobiles et accolées, se constitue-t-il une plicature.

Cette plicature, en cas de mobilité partielle complète, peut entraîner une sténose sous-vatérienne. (Cas réalisé dans notre observation). En cas de mobilité partielle incomplète la sténose est plutôt sus-vatérienne.

La ptose d'organes normalement accolés au duodénum ou étroitement unis à lui, viendra ajouter son action. C'est ainsi que, dans l'observation que nous rapportons plus loin, existait une ptose de l'angle colique droit.

L'existence de stase duodénale consécutive à la sténose est à l'origine du duodénite et de péri duodénite. Les adhérences fixeront la plicature. De fonctionnels et améliorables dans un premier stade, les troubles deviendront organiques et permanents ensuite. Enfin, presque constamment la mobilité duodénale entraîne des tiraillements du petit épiploon avec allongement des voies biliaires.

Ainsi, parfaitement latent dans de nombreux cas, le duodénum mobile ne se révèle à nous en clinique que sous des signes d'emprunt (duodénite, péri duodénite, tableau imprécis d'allure hépatique) dont la preuve étiologique est d'autant plus malaisée que l'on songe trop peu à la possibilité de cette malformation congénitale.

Historique

MIYAKE de (Kyushu), en 1916, donne le premier travail d'ensemble clinique, radiologique et thérapeutique du duodénum mobile. MINZ, DIEZ, RIESS, SANDERA, ANDERSON, NAT et MOOKERY en publient à l'étranger des descriptions détaillées.

En France, Pierre DUVAL, LERICHE, BANZET, PATEL, BECLERE, HARTMANN et WETLI, GUTMAN, dans leurs publications, VIENNOT-BOURGIN et ORTIZ dans leurs thèses, attirent l'attention sur les difficultés que rencontre en clinique le diagnostic de cette affection et sur les hésitations de l'interprétation radiologique d'images, évocatrices pourtant, si l'on connaît le duodédum mobile.

Observation clinique d'un cas de Duodénum mobile

Avant d'étudier dans leur ensemble les problèmes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques posés par le duodénum mobile, nous rapporterons dans ses détails, l'observation qui nous a donné l'idée de ce travail.

La malade en cause, suivie depuis six ans, a fait des

séjours répétés *dans différents services de l'Hôtel-Dieu de Clermont.*

Bien des diagnostics furent discutés, bien des thérapeutiques mises en œuvre, avant que l'apparition de symptômes de sténose duodénale sous-vatérienne n'aie limité le cadre des investigations et conduit à une thérapeutique rationnelle.

Madame Louise D..., femme de chambre, bien portante jusqu'alors, commence à présenter, dès 1933, à l'âge de 38 ans, quelques troubles digestifs.

Ce sont d'abord *des nausées*, quelques brûlures d'estomac, apparaissant plutôt au moment des règles. Bientôt s'ajoutent *des douleurs*, dont le maximum est épigastrique et qui irradient en ceinture à la base du thorax.

Ces douleurs surviennent deux ou trois heures après les principaux repas, mais aussi après l'ingestion d'une quantité minime d'aliments. Parfois la douleur est tardive, la réveillant vers les deux ou trois heures du matin, prenant alors les caractères d'une faim douloureuse que l'absorption de bouillies chaudes atténue progressivement jusqu'au retour du sommeil.

Mais il est difficile de reconnaître dans l'apparition de ces phénomènes douloureux la moindre périodicité :

— tantôt la douleur survient pendant deux ou trois jours consécutifs et est suivie de quelques semaines d'accalmie complète,

— tantôt elle réapparaît après deux ou trois jours d'accalmie incomplète.

Avec la répétition, les crises douloureuses augmentent en intensité : crampes, torsions ; un état subfébrile (37°5-38) persiste pendant certaines des crises, sur lesquelles les alcalins s'avèrent inefficaces.

L'observance stricte du régime ne la soulage pas et ses écarts ne la font pas souffrir davantage. Ainsi, au bout de quelques semaines, la malade ne tolère plus aucune alimentation et les crises s'accompagnent de nausées et de vomissements bilieux et acides pendant toute leur durée. Au bout de trois mois, elle a maigri de 8 kilos.

C'est alors qu'en février 1937, lors d'une nouvelle crise, Louise D... est hospitalisée *salle Saint-Jean.*

L'examen clinique montre alors

— d'une part une sensibilité très vive dans la zone pancréatico-cholédocienne et la région vésiculaire,
— d'autre part, quelques symptômes pouvant faire suspecter une spécificité nerveuse :

un signe d'ARGYL-ROBERTSON, une réaction de B. W. dans le sang faiblement positive. (L'authenticité du signe d'ARGYL-ROBERTSON parait, d'ailleurs, contestable et il semble plutôt s'agir d'une pupille tonique, Syndrome d'ADDIE).

L'examen neurologique ne montre aucun symptôme de la série tabétique, en particulier :

— les réflexes sont normaux,
— pas de signe de Romberg,
— il n'y a pas de signe trouble de la marche,
— pas d'hypotonie.
— pas d'atteinte des nerfs crâniens,

Cependant une ponction lombaire pratiquée le 16-3-37, montre :

— cytologie..... 6 éléments au mm. 3.
— réaction du benjoin colloïdal } négatives
— réaction de B.W. }
— sucre 0 gr. 48
— albumine 0 gr. 11
— chlorures 7 gr. 25
— tension du manomètre de Claude : 15 cm.

la tension artérielle est de 12,7 4
le pouls de 76
l'auscultation révèle une *sténose mitrale certaine* (roulement distolique, éclat du premier bruit, dédoublement du second bruit).

la rate n'est ni percutable, ni palpable.

on ne peut palper le bord inférieur du foie tant la région est douloureuse.

l'appareil respiratoire et l'appareil génital paraissent normaux.

Les *antécédents* personnels sont de peu d'intérêt. Louise D... a cependant eu trois fausses couches spontanées (?) (dans les quatre premiers mois) et un nouveau-né, âgé de dix-huit jours, qui serait mort d'une méningite (?) Elle n'a aucun enfant vivant.

La malade n'a jamais présenté de rhumatisme articulaire aigu.

Ses parents sont morts de mort naturelle ; elle a cinq frères et sœurs, tous bien portants.

On institue un traitement anti-spécifique (inj. de cyanure de mercure. La malade, considérée comme atteinte d'une affection hépato-vésiculaire, est traitée comme telle.
Sous l'influence du repos prolongé et de cette thérapeutique, son état s'améliore et elle quitte l'hôpital.

***

— La malade est admise à nouveau le 4 mai 1937 au cours d'une crise plus douloureuse encore que les précédentes. Elle a maigri considérablement. On continue le traitement anti-spécifique (douze inj. de cyanure, dix inj. de sulfarsénol et 12 injections d'un sel bismuthique soluble).
Elle reprend du poids (5 kgs) et sort très améliorée le 5 juillet 1937 pour revenir le 26 août au cours d'une nouvelle crise.

***

— Ces crises, prennent avec le temps, une intensité de plus en plus grande et revêtent même le masque des syndromes solaires et, en particulier, des crises gastriques du tabès dont le diagnostic fut soulevé bien souvent à leur occasion. Les injections de chlorhydrate de morphine et de sulfate d'atropine ne paraissent douées d'aucune efficacité. La crise pourtant s'atténue et la malade rentre chez elle le 9 octobre.

***

— Son séjour hors de l'hôpital est de courte durée puisqu'un épisode nouveau l'y ramène le 14 octobre 1937 :

un petit infarctus pulmonaire avec réaction pleurale minime :

Une expectoration hémoptoïque typique apparaît le 18 octobre, l'examen bactériologique n'y décèle pas de bacilles de Koch ; l'état général

est satisfaisant, la température normale, et il est vraisemblable que ce n'est là que l'accident évolutif banal d'un retrécissement mitral jusque-là bien compensé.

Au cours de son séjour on pratique certains examens de laboratoire :

— réaction de Hecht
— réaction de B.W. } *faiblement*
— réaction de Meinicke } *positives*
— réaction de Kahn standard
— réaction de Kahn présomptive : *positive.*

Une numération globulaire donne :

globules rouges	4.200.000
leucocytes	11.200

Une formule leucocytaire :

polynucléaires neutrophiles	37 %
polynucléaires éosinophiles	14 %
lymphocytes	21 %
moyens monucléaires	15 %
monocytes	13 %

— un dosage d'urée : 0 gr. 20.

La malade guérie de cet accident intercurrent, sort de l'hôpital dans le courant de novembre.

***

Elle est hospitalisée à nouveau, le 10 décembre 1937, *salle Rigal*, au cours d'une crise douloureuse abdominale particulièrement violente et s'accompagnant de vomissements incessants et d'une intolérance gastrique absolue.

La crise dure trois jours. A son décours, on procède à un examen radiographique de la vésicule biliaire après administration de tétraiode. Les clichés montrent une très bonne imprégnation de la vésicule ; aucun calcul n'est visible. Les injections quotidiennes de sulfate d'atropine et le traitement antispécifique ne paraissent éviter en rien la répétition des crises douloureuses tout autant remarquables par leur irrégularité et leur intensité et sur lesquelles paraît seul agir le repos au lit.

La malade quitte l'hôpital le 18 janvier 1938.

* * *

— C'est à son retour à l'hôpital en juin 1938 que la permanence et les modifications des phénomènes subjectifs et objectifs orientent vers la possibilité d'une affection duodénale et font pratiquer un examen radiologique complet.

Le diagnostic de sténose sous-vatérienne est probable devant les symptômes fonctionnels.

— *les douleurs* sont d'intensité très variable, mais dans l'ensemble violentes, angoissantes mêmes. Elles n'offrent ni une périodicité, ni un horaire, un siège ou des irradiations qui puissent les caractériser. Précoces ou tardives, elles sont parfois calmées par le decubitus dorsal ou l'ingestion de belladone (cela il est vrai, assez inconstamment). Ces douleurs s'accompagnent de nausées et de vomissements.

— *les nausées* peuvent persister alors que la douleur a disparu.

— *les vomissements* sont bilieux, verdâtres, abondants, assez faciles dans leur apparition ; ils calment et terminent la crise douloureuse.

— depuis peu, Louise D... souffre de *migraines* violentes coïncidant avec les douleurs, mais persistant plus longtemps qu'elles.

— notre malade est *constipée,* mais quelques *crise diarrhétiques* sont retrouvées par l'interrogatoire.
Jamais les selles ne furent noires. D'ailleurs, faite avec les précautions d'usage, la recherche du sang par les réactions de MEYER et de WEBER fut constamment négative même lors des périodes les plus douloureuses.

Aussi ces douleurs, ces vomissements, ces migraines entraînent-ils un état de fatigue physique et psychique très pénible et un amaigrissement rapide.

L'examen clinique

ne montre qu'un minimum de symptômes :

— *lors des crises,* une zone périombilicale droite très douloureuse et légèrement ballonnée.

— *après la crise,* l'hypochondre droit reste très sensible et la légère voussure observée lors de certaines crises disparaît avec elles.

L'examen radiologique

de l'estomac et du duodénum a été pratiqué le 12 juin 1938 à la fin d'une période douloureuse. En voici les résultats :

1°) *à jeun* : pas de liquide dans l'estomac en quantité appréciable, poche à air normale.

2°) *après ingestion de baryte :*

a) *l'Estomac* apparaît dilaté et très abaissé. Son fond se trouvant à un travers de main au-dessous de la ligne bi-iliaque. Contractions fréquentes très énergiques et efficaces car le pylore est normalement franchi.

b) *le duodénum : le bulbe duodénal* s'imprègne bien.
Par contre, on constate une *dilatation marquée* des premières et deuxièmes portions du duodénum, où la bouillie stagne d'une façon anormale.
On constate même des *mouvements antipéristaltiques* violents avec reflux de la bouillie dans l'estomac.
L'inondation jéjunale se produit brusquement *quand on place le malade dans le decubitus dorsal.*
la deuxième portion reste quand même dilatée dans cette position.

3°) *7 heures après* l'estomac est complètement vide de la baryte ingérée qui se trouve dans le cadre colique.

4°) *en conclusion* : Ces constatations doivent faire suspecter une gêne mécanique au niveau du genu inferius, sans qu'on puisse préciser exactement la cause de cette sténose sous-vatérienne.

La malade quitte sur sa demande le service, refusant l'intervention qui lui est conseillée.

***

Elle est admise à nouveau le 21 septembre 1938, ses douleurs et ses vomissements ne lui laissant plus aucun répit.

L'examen radiographique

permet alors de poser un diagnostic étiologique probable.

1°) la cause de la sténose duodénale paraît être en rapport avec une malformation duodénale : un duodénum mobile (fig. 1 - 2 - 3).

fig. 1 : Ptose gastrique très importante.
Mobilité duodénale partielle complète :
— dilatation importante de D1 et D2.
— la fixation normale commence à
— la fixation normale commence à l'angle D2-D3, charnière de la bascule duodénale.

fig. 2 : Aspect de D1 et D2 sur l'un des clichés de la série duodénale (station verticale).

fig. 3 : *En décubitus dorsal* le duodénum reprend un aspect grossièrement normal. On assiste à un passage dans D3 et dans la première anse jujénale.

2°) la radiographie colique, après lavement baryté, semble montrer de même que l'examen radios-

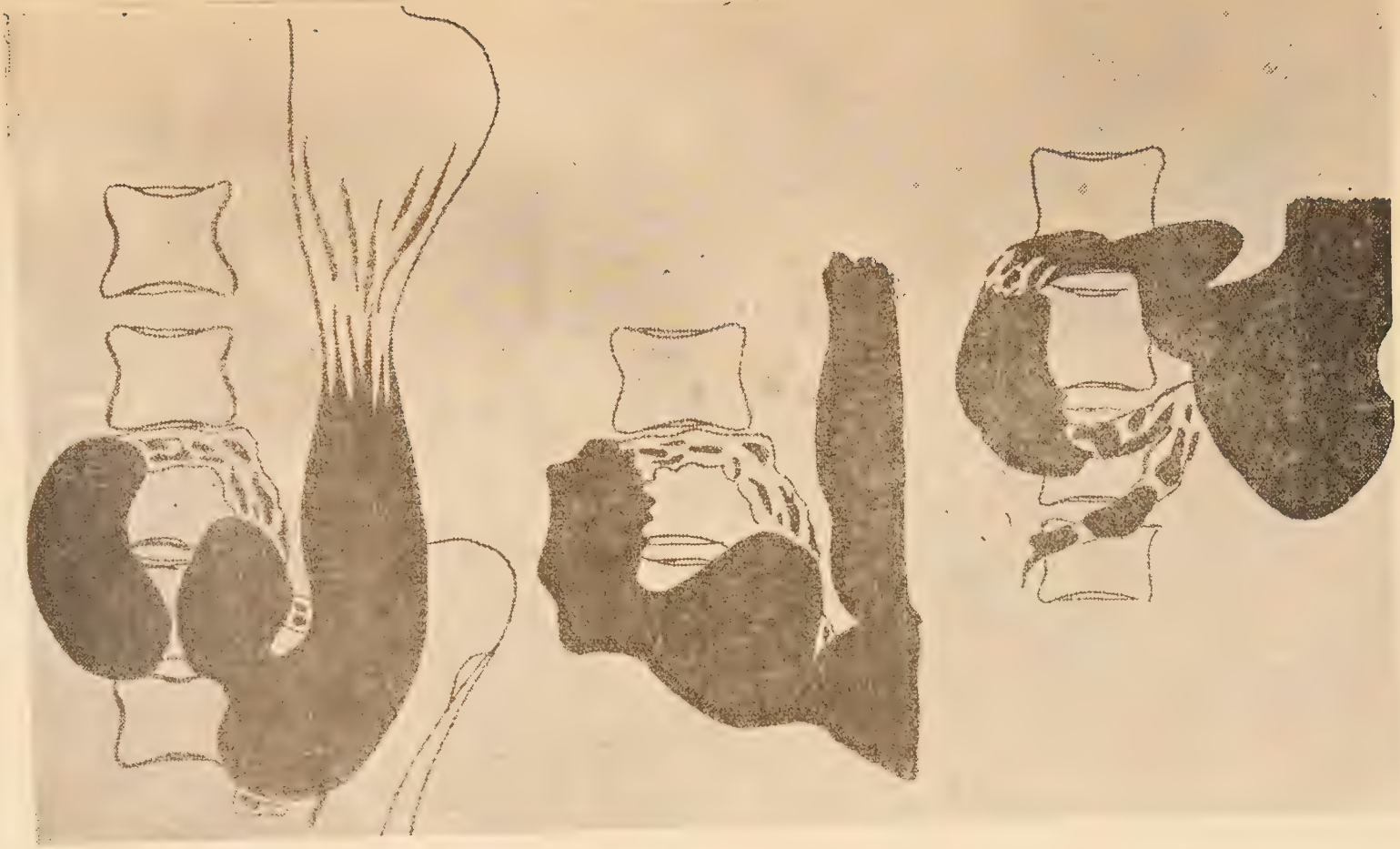

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

copique, une anomalie de situation de l'angle colique droit qui paraît notablement affaissé.

L'intervention

La malade accepte alors une intervention. Le 4 octobre 1938, Louise D... est admise *salle Fleury,* dans le service de notre maître, le docteur PAUL PIOLLET.
Elle est opérée le 7 octobre.

Chirurgien : DOCTEUR P. PIOLLET.
Aides : DOCTEURS A. PIOLLET et M. GUÉRIN.
Anesthésie générale : EVIPAN et SCHLEICH.

Nous transcrivons le compte-rendu opératoire :

1°) Laparotomie légèrement latérale gauche : dépassant l'ombilic de 2 centimètres.

2°) On trouve une adhérence du grand épiploon dans son bord droit avec le colon ascendant. Cette adhérence est libérée et sectionnée entre deux ligatures.

3°) après effondrement du ligament gastro-colique, on constate dans l'arrière-cavité des épiploons, une adhérence serrée du péritoine à la face antéro-externe de D2 Le duodénum est lui-même très dilaté : D 1 et D2 sont mobiles. On sectionne l'adhérence entre deux ligatures.

4°) On pratique une duodéno-jéjunostomie, après libération du duodénum au niveau de sa troisième portion.
L'anastomose est faite dans le sens péristaltique entre D3 et la première anse jéjunale.

5°) Fermeture sans drainage ; paroi en deux plans.

Suites postopératoires

— Un léger mouvement fébrile le lendemain de l'intervention avec quelques râles sous crépitants à une base est enrayé par trois injections de vaccin de WEILL et DUFOURT.
— Le transit normal des gaz ne se rétablit que cinq jours après l'intervention à la suite d'in-

jections de sérum salé hypertonique et de suppositoires de surparine.
Les agrafes sont enlevées le 19 octobre et les crins le 21.

Résultats

1°) IMMÉDIATS : après l'intervention on observe la disparition complète des douleurs épigastriques et des vomissements. Tous les aliments ingérés par la malade sont bien tolérés, les selles sont normales.
Le 31 octobre une radiographie de contrôle (radios en série) étudie le fonctionnement de l'anastomose duodéno-jéjunale. Il est excellent : 6 heures après le repas baryté, quelques traces seulement de baryte sont encore visibles dans l'estomac, alors qu'on note déjà la présence de la baryte dans le cæcum et le rectum.
La malade quitte alors l'hôpital, complètement guérie. Son poids revient progressivement à la normale et son appétit est excellent.

2°) SECONDAIRES : les résultats secondaires par contre ne justifient pas l'optimisme qu'on était en droit de manifester à la suite de l'intervention. En effet, le 13 février 1939, 4 mois après la duodéno-jéjunostomie, la malade est à nouveau admise salle RIGAL pour des douleurs violentes de l'Hypochondre droit, des vomissements bilieux et dans l'ensemble des symptômes qu'on pourrait rattacher à une colique hépatique.
Les urines et les selles sont normales ainsi que la température et aucun ictère ou même subictère n'apparaît au déclin de la crise qui dure deux jours.
Une deuxième radiographie de l'anastomose duodéno-jéjunale donne un résultat identique à celui de la première radio de contrôle.

***

— En mai, en juin, en septembre 39 se produisent de nouvelles crises de coliques abdominales, toujours accompagnées de nausées, de vomissements acides ; la langue est suburrale, l'anorexie absolue, la palpation de la région sous costale droite intolérable.

La température monte au cours de ces crises à 39°.
Dans les urines, on dépiste l'existence de pigments biliaires.
Un nouvel examen radiographique de la vésicule biliaire, après tétraiode, est pratiqué en juin 1939 :
la vésicule n'apparaît plus sur les clichés. Il n'y a pas d'image de calcul.
L'état général entre les crises est assez satisfaisant et la malade semble se résigner à de périodiques séjours à l'Hôtel-Dieu.

Ainsi, l'intervention de dérivation pratiquée sur cette malade atteinte de sténose sous-vatérienne, n'a donné qu'une amélioration. Son action certaine s'est limitée au seul rétablissement du transit. La duodéno-jéjunostomie ne pouvait qu'incomplètement remédier aux lésions anatomiques lentement constituées :

— adhérence de péri-duodénite,
— modification du calibre des premières portions,
— persistance d'une certaine mobilité anormale,
— tiraillements sur le petit épiploon et les voies biliaires.

Sans la duodéno-jéjunostomie le pronostic vital était irrémédiablement compromis.

Conclusions

Cette observation pourrait se résumer en quelques lignes :

1°) jusqu'en 1933, Madame Louise D..., pourtant atteinte d'un duodénum mobile, ne présente aucun trouble digestif.

2°) de 1933 à 37 apparaissent des troubles digestifs. Leur groupement, leur survenue irrégulière, l'absence d'accalmie nette, leur caractère propre, le terrain suspect de spécificité sur lequel ils évoluent, font discuter de multiples diagnostics :
affection hépato-vésiculaire,
— crise gastérique tabétique,
— aortite abdominale,
— cœlialgie des ptosiques,
— affection pancréatique, et, même, ont pu faire taxer la malade de névropathe et de simulatrice.

En réalité, cette période douloureuse est la traduction du début des complications du duodénum mobile :
sténose fonctionnelle, entraînant de la stase,
stase favorisant des poussées infectieuses de duodénite.
duodénite, bientôt compliquée de péri duodénite,
péri duodénite organisant la *sténose sous-vatérienne* et retentissant sur les *voies biliaires*.

3°) A partir de 1938, la sténose sous-vatérienne est au premier plan du tableau clinique. La discussion diagnostique se résume à celle des étiologies les plus fréquentes des sténoses duodénales :
sténoses cicatricielles (d'ulcus),
sténoses par périduodénite,
sténoses par compression mésentérique,
sténoses par ptose.
Le diagnostic certain, impossible par la seule clinique, est tranché d'une façon décisive grâce à une série de radiographies du duodénum et l'intervention ne peut que le confirmer.

4°) Enfin, bien que l'intervention ait rétabli un transit duodénal satisfaisant, persistent des troubles qui nous semblent imputables à la périduodénite et au bouleversement du carrefour. On sait de plus, que par la stase qu'elle entraîne et la duodénite qui l'accompagne, la sténose duodénale est un bon terrain pour l'apparition et le développement de l'ulcère duodénal et il n'est pas impossible que chez notre malade, il faille un jour tenir compte de ce nouveau facteur.

Telle est l'observation qu'il nous a été permis de recueillir et qui démontre bien qu'en pathologie digestive, chez l'adulte d'âge moyen, à côté des dyspepsies, des ulcères gastro-duodénaux, des affections vésiculaires et appendiculaires, il faille faire une place non négligeable au duodénum mobile.

Etude Clinique du Duodénum Mobile

Nous avons vu que la mobilité du duodénum peut être totale ou partielle.

Nous étudierons successivement ces deux types.

1°) LE DUODÉNUM MOBILE EN TOTALITÉ.

C'est la variété exceptionnelle où il n'existe aucun accolement postérieur.

CLINIQUE: Aucun symptôme caractéristique ne manifeste l'existence d'un duodénum totalement mobile. Parfaitement latent, il ne constitue qu'une découverte d'autopsie ou une trouvaille opératoire. On a pu ainsi découvrir le duodénum accompagnant l'estomac dans des hernies diaphragmatiques. Il est cependant des cas où le duodénum, totalement mobile, a paru emprunter les symptômes d'un ulcère du duodénum et ,s'il fut découvert opératoirement (ROBINEAU), ce fut sur cette erreur de diagnostic.

La bénignité de cette anomalie n'est toutefois pas absolue. Il faut voir dans cette mobilité duodénale extrême, l'amorce du volvulus total du grêle, tordu autour du pédicule mésentérique, volvulus auquel peut participer le colon s'il ne s'est pas de même accolé.

Le volvulus total du grêle réalise une occlusion suraigue dont le diagnostic n'est qu'exceptionnellement porté chez l'adulte avant l'intervention. Celle-ci doit être pratiquée de toute urgence, pour supprimer l'étranglement, détordre l'intestin, et, après les avoir remis en place, fixer grêle et colon.

On conçoit que, dans certains cas, il ait fallu procéder à une véritable reconstruction abdominale. (RIXFORD.)

2°) LA MOBILITÉ DUODÉNALE PARTIELLE.

Cette anomalie, beaucoup plus fréquente, nous retiendra davantage. C'est habituellement le segment droit du duodénum qui ne s'est pas accolé.

CLINIQUE : La sténose duodénale et la distension du cholédoque sont responsables des troubles cliniques observés (comme nous l'avons noté chez notre malade). Les troubles n'apparaissent que dans une faible proportion des cas (2,5 % environ). Ils peuvent réaliser plusieurs tableaux. Ce peut être :

1°) parfois le tableau typique d'une STÉNOSE DUODÉNALE,

2°) plus souvent un TABLEAU IMPRÉCIS, D'ALLURE HÉPATIQUE.

Nous envisagerons successivement ces deux éventualités ; puis, décrirons le trait commun qui les réunit :

le DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DU DUODÉNUM MOBILE.

1°) LE TABLEAU TYPIQUE D'UNE STÉNOSE DUODÉNALE doit, parmi d'autres étiologies, faire songer à la possibilité d'un duodénum mobile.

Il n'existe aucun signe clinique qui soit pathognomique de la sténose. L'examen radiologique seul peut l'affirmer et préciser son siège et son degré.

On en distingue schématiquement deux variétés :

— les sténoses duodénales hautes, sus-vatériennes,
— les sténoses duodénales basses, sous-vatériennes.

A. — LES STÉNOSES HAUTES SUS-VATÉRIENNES, se manifestent sous deux aspects cliniques bien différents : c'est tantôt celui d'une dyspepsie hypersthénique banale, avec douleur tardive et nausées, tantôt celui d'une cholécystite et en pratique c'est toujours ce diagnostic qui est porté, en raison des caractères des douleurs : courtes, transitoires, souvent nocturnes, parfois accompagnées d'ictères et qui siègent dans l'hypochondre droit et l'épigastre.

A un degré plus avancé c'est tout le tableau d'une sténose pylorique. Les vomissements sont abondants, mais ne sont jamais teintés de bile.

B. — LES STÉNOSES SOUS-VATÉRIENNES OU BASSES ne sont typiques, tant leur début est imprécis, qu'au bout de plusieurs mois d'évolution et seul l'examen radiologique pourrait permettre un diagnostic précoce.
La sténose sous-vatérienne de la troisième portion est la plus couramment observée.

Nous nous étendrons assez longuement sur cet aspect clinique du duodénum mobile. Il fut réalisé chez notre malade et fit discuter et rejeter les diverses autres causes de sténose sous-vatérienne.

Des douleurs, des troubles digestifs, des troubles de l'état général, des signes physiques peu caractéristiques, des signes radiologiques pathognomoniques résument schématiquement le tableau de la sténose sous-vatérienne :

— DES DOULEURS, variables dans tous leurs caractères, peuvent prendre tous les types, avoir les irradiations les plus diverses, mais l'influence sédative du decubitus (dorsal, ventral ou latéral droit) est très souvent signalée par les malades eux-mêmes.

— LES TROUBLES DIGESTIFS consistent
— *en nausées* intenses et répétées, symptôme banal en soi, prenant par ces deux caractères une valeur diagnostique certaine.
— *les vomissements* d'autant plus nets et plus typiques que la sténose est plus serrée, traduisent la défaite du pylore. Ils sont bilieux et abondants mais, comme dans les sténoses pyloriques anciennes, ils deviennent rares et plus abondants encore, sans effort, en fusée, dans les sténoses sous-vatériennes vieillies.

— *la constipation* fréquente (70 %) et rebelle coïncide habituellement avec un léger subictère. D'ailleurs, des crises de *diarrhée paroxystique* peuvent alterner avec des périodes de constipation durable.

— *la céphalée* est de règle comme les nausées. Elle est si fréquente et si typique qu'elle doit faire penser à la sténose duodénale (De Beule). Parfois même les « migraines

duodénales aiguës » aboutissent à des crises convulsives ou même à des pertes de connaissance.

— LES TROUBLES DE L'ETAT GÉNÉRAL découlent de cet ensemble symptômatique et un *amaigrissement* rapide, considérable, fragilise les malades pour une intervention devenue indispensable.

QUANT AUX SIGNES PHYSIQUES, ils sont très inconstants. Une zone sensible périombilicale, un certain degré de ballonnement épigastrique sont tout au plus observés.

— La constatation d'ondes péristaltiques est exceptionnelle et celle d'une voussure périombilicale, clapotante et douloureuse ne l'est pas moins. On pourrait, en refoulant la masse intestinale en haut et à gauche, obtenir la vidance duodénale, que traduit du gargouillement, l'affaissement de la voussure et la sédation des douleurs (manœuvre de HAYES que l'on ne manquera pas, d'ailleurs, de pratiquer sous écran).

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE *est d'une importance capitale.*

— La rapidité de la traversée duodénale exige des radios en série ; le trajet contourné de l'anneau demande des examens sous différentes incidences, et il faudra parfois même recourir à la position de TRENDELENBURG pour dégager la troisième portion, masquée par le bas-fond gastrique distendu.

— L'examen de l'estomac est nécessaire pour apprécier sa kinésie et étudier le retentissegastrique de la sténose.

— Enfin un lavement baryté, pourra donner d'utiles renseignements sur la morphologie et l'évacuation du gros intestin (ptose cœcale ou colique, dolichocôlon).

Ce sont là des principes généraux à ne pas méconnaître au cours de l'examen d'une sténose duodénale.

Quant à la sténose elle-même, trois ordres de faits sont à mettre en évidence :

1°) LA RADIOGRAPHIE DONNE DES SIGNES GÉNÉRAUX DE STÉNOSE :

4 aspects différents, correspondant à l'ancienneté et à l'intensité de la sténose en ont été distingués schématiquement (PIERRE DUVAL, BECLÈRE, GUTMANN) :

— une forme légère où s'associent hyperpéristaltisme et retard à l'évacuation du duodénum.

— une forme typique : l'existence du mouvements antepéristaltiques violents et nets la caractérisent (ils furent observés chez notre malade avec clarté).

— un degré de plus et à cette kinésie exagérée s'ajoute la stase en amont de l'obstacle et la dilatation rétrograde (duodénale pure ou duodéno-gastrique).

— enfin, dans un dernier stade, la dilatation duodénale est considérable. Il n'y a plus de lutte ; cette asystolie duodénale s'observe dans les sténoses très serrées et très anciennes.

2°) LA RADIOGRAPHIE PERMET DANS LA MAJORITÉ DES CAS DE RATTACHER LA STÉNOSE A SA CAUSE S'IL S'AGIT D'UN DUODÉNUM MOBILE :

Nous n'insisterons pas ici sur les signes radiologiques du duodénum mobile, pour y revenir en détail un peu plus loin.

3°) LA RADIOGRAPHIE dans les cas où l'image n'est pas suffisamment évocatrice, permet cependant d'éliminer certaines causes de sténoses.
C'est ainsi que

— *les sténoses du bulbe* donnent des images de sténose pylorique,

— parmi les *sténoses du genu superius,* certaisont facilement rattachées à leur cause, en raison de l'espect particulier de l'image observée :

— brides, si le bulbe dilaté est bien dessiné et non déformé et si les contractions buttent contre un obstacle précis.

— ptose gastrique, en raison de l'allongement vertical de l'estomac,

— périduodénite inflammatoire où l'on ne retrouvera jamais l'image normale du bulbe, mais son excentration

par rapport au pylore et son ante ou rétropulsion.

— parmi les *sténoses sus-mésocoliques* qui ne diffèrent guère par ailleurs des précédentes, on doit suspecter la compression par une tumeur de la tête du pancréas, si l'on observe une image lacunaire au bord interne de D2 avec rétrodilatation duodénale.

— Les *sténoses sous-mésocoliques* :

— dues à une compression par la mésentérique donnent une dilatation de D3 de contours réguliers et sans dentelures, s'arrêtant net sur la ligne médiane.
On peut, en plaçant le malade dans le decubitus ventral, assister à l'évacuation duodénale et au remplissage rapide du grêle.
Dans ces cas, il s'agit habituellement de ptose, mais, si ces manœuvres restent sans résultat, il est vraisemblable que la sténose est fixée : adhérence ou compression par ganglions.

— Si la dilatation est de contours déchiquetés et ne s'arrête pas sur la ligne médiane, il s'agit vraisemblablement de périduodénite.

Ainsi, la radiographie dans les cas où l'image ne permet pas de conclure nettement à un duodénum mobile, peut permettre d'éliminer d'autres causes de sténoses. Mais, si l'image du duodénum mobile n'a pas toute la netteté désirable, c'est parce que les contours en sont bien souvent modifiés par la périduodénite. On conçoit que dans ces cas l'interprétation des clichés puisse susciter des discussions ardues.

2°) UN TABLEAU IMPRÉCIS D'ALLURE HÉPATIQUE, DOIT FAIRE, EN L'ABSENCE D'AUTRE ETIOLOGIE COURANTE, PENSER A LA POSSIBILITÉ D'UN DUODÉNUM MOBILE.

Les troubles sont des plus variables :

— *crises douloureuses*, dues peut-être à la distension et à la torsion des canaux pancréatique et cholédoque.

— *poussées d'ictère*.

— *troubles dyspeptiques* : ils sont bien souvent l'expression d'une *duodénite*. La douleur tardive (accompagnée même parfois de faim douloureuse), les crises douloureuses abrégées, durant 4 à 5 jours, accompagnées d'un léger mouvement fébrile, sont les symptômes cliniques habituels de celle-ci.

— *diarrhée postprandiale* qui, considérée par certains comme un simple signe de cholécystite, serait pour d'autres auteurs, le témoin d'une duodénite.

On a voulu grouper ces troubles en un véritable SYNDROME HÉPATO-PANCRÉATIQUE DU DUODENUM MOBILE. Ils sont parfois très nets, mais très souvents aussi fort peu caractéristiques. Ils feront en tous cas pratiquer des radiographies et c'est ainsi que sont découverts bon nombre de duodénum mobiles.

Enfin, la stase duodénale résultant d'un duodénum mobile et la duodénite qui en découle peuvent favoriser le développement d'un ulcère duodénal et GUTMANN a insisté encore récemment sur la fréquence de l'association de l'ulcère et d'un duodénum mobile partiel initial.

On conçoit donc que dans l'observation que nous avons rapportée, les diagnostics de cholécystite, d'ulcère duodénal, aient pu être soutenus longtemps et la malade traitée comme une hépatique ou une ulcéreuse.

Pourtant, nous possédons avec l'examen radiologique un moyen facile de diagnostic, à condition cependant et là plus encore peut-être que pour toute autre affection duodénale, d'interprèter correctement les images.

Le diagnostic du Duodénum mobile

On ne peut, d'une façon certaine, poser le diagnostic de mobilité duodénale anormale, qu'au cours de l'examen radiologique. Les règles à observer sont encore plus rigoureuses ici que pour le diagnostic des sténoses. Nous

insisterons seulement sur l'intérêt des clichés, pris aux différents stades du passage de la station verticale au décubitus (technique possible avec certaines tables basculantes). Ce procédé, en dissociant les aspects complexes dus aux superpositions d'ombres des segments duodénaux anormalement mobiles, facilite particulièrement le diagnostic.

1° LE DIAGNOSTIC DE MOBILITÉ PARTIELLE COMPLÈTE.

lorsque le sujet est debout, la deuxième portion du duodénum se replie sur elle-même dans le sens vertical ; le bulbe se projette sur D3, et la partie supérieure de D2 sur sa partie inférieure, normalement fixée. Mais, lorsqu'il existe une ptose gastrique importante, l'image est différente : le duodénum semble « à l'envers » (c'est là un aspect observé sur l'un des clichés radiographique du cas que nous rapportons ici.
En effet, au pylore fait suite un segment duodénal allongé qui monte verticalement le long du flanc droit de la colonne vertébrale au lieu d'être descendant et coudé. Il se continue à un niveau variable (au voisinage de la petite courbure gastrique) avec un segment intestinal, d'abord horizontal, puis dirigé obliquement en haut et à gauche.
Ainsi, D3 et D4 représentant les segments horizontal et ascendant ont gardé une situation et une forme normale en raison de leur fixation. Par contre D1 et D2, sont représentés par le segment ascendant initial, attiré en bas par l'estomac.

2° LE DIAGNOSTIC DE MOBILITÉ PARTIELLE INCOMPLÈTE.

Il n'est possible que sur le sujet débout. Dans l'ensemble, en effet, le duodénum conserve sa forme habituelle. Cependant, à un examen attentif, le genu superius est anormalement bas, la première portion anormalement longue et la seconde anormalement courte. Ceci parce que :

— le long segment qui fait suite au pylore est représenté par D1 et la portion de D2 anormalement mobile.
— le genu superius constaté sur les clichés n'est donc pas le vrai genu superius, mais

correspond au début de l'accolement normal.

Fait important, *toutes ces déformations se corrigent,* lorsqu'en faisant basculer le sujet en arrière, on lui fait prendre le décubitus dorsal.

3° LE DIAGNOSTIC DU DUODÉNUM MOBILE INITIAL.

Cette variété résulte de l'apparition d'une portion supplémentaire (GUTMANN) entre le bulbe et le genu superius. Il peut simuler une déformation bulbaire ulcéreuse, d'autant plus qu'un ulcère s'y associe souvent et, il est souvent délicat, en présence d'images floues, de bulbe déformé, de faire la part respective entre l'ulcère, la périduodénite et la mobilité duodénale initiale.

Les aspects radiologiques schématiques que nous venons de décrire sont loin d'être toujours rencontrés, comme nous l'avons déjà annoncé en étudiant la radiologie dans les sténoses.

Les plicatures, par les dilatations sus-stricturales qu'elles provoquent, la stase duodénale, la duodénite, la périduodénite qui en découlent, modifient considérablement les images simples du duodénum mobile, en même temps qu'elles fixent des déformations réductibles au début. De plus, la superposition des ombres des différents segments, crée des images complexes. Cependant, les examens successifs en plusieurs positions, permettent d'ordinaire le diagnostic du duodénum mobile, et, avec une bonne technique, on doit en faire la preuve dans la majorité des cas, si on veut bien y songer.

Le Traitement du Duodénum Mobile

Le traitement du duodénum mobile est double : *médical et chirurgical.*

Nous les envisagerons successivement.

1° TRAITEMENT MÉDICAL.

A. *traitement diététique* : *Le régime* a une importance considérable. Le repas de midi sera léger, le repas principal sera pris le soir puisque le decubitus facilite le transit duodénal.
Les douleurs postprandiales sont calmées par le repos allongé après le repas et dans la position dont le malade apprécie le mieux l'action antalgique. Deux heures de repos sont nécessaires.
Enfin, des pesées sont régulièrement pratiquées, car l'on sait, qu'une perte de poids rapide et progressive, est une indication formelle à intervenir chirurgicalement.

B. *traitement médicamenteux* : il est purement symptomatique et on recourra aux antispasmodiques (belladone sous toutes ses formes).
L'administration d'éserine a pu donner des résultats en excitant le péristaltisme dans les cas de sténose légère (génésérine par exemple).
La constipation sera traitée par des laxatifs doux (paraffine, agar-agar). On ne cherchera pas à enrayer les crises de diarrhée paroxystique (décharges toxiques).

C. *traitement hydro-minéral* : il vise à agir sur la duodénite et à assurer une meilleure évacuation hépato-biliaire. Des cures à VICHY, VALS, POUGUES, sont particulièrement indiquées à cet effet. Une constipation spasmodique bénéficiera

d'une cure à CHATEL-GUYON ou PLOMBIERES.

D. *traitement physiothérapique* : le port d'une ceinture antiptosique ne sera prescrit qu'après constatation sous l'écran de son action heureuse sur l'évacuation duodénale et sur la morphologie de cet organe. Une périduodénite fixant le duodenum mobile, rendrait en effet illusoire l'action d'une telle ceinture.

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT MÉDICAL.

— ce traitement suffit à améliorer la majorité des malades ne présentant que des petits troubles, liés à une sténose duodénale légère.

— à moins d'urgence, le traitement médical fait partie de la préparation préopératoire, soigneuse et prolongée, avant toute intervention sur un duodenum mobile.

Le repos au lit, la désinfection du duodénum et des voies biliaires par des tubages duodénaux, suivis ou non de lavages, la diathermie, les rayons ultra-violets, un traitement médicamenteux bien conduit, améliorent l'état général, atténuent duodénite et périduodénite et placent le malade dans les conditions les plus favorables pour supporter l'intervention décidée.

2° TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Nous étudierons successivement ses contre-indications, ses indications, ses méthodes et leur résultat.

A. CONTRE-INDICATIONS : Tout duodénum mobile partiel et qui n'entraîne aucun trouble, doit être respecté. C'est ainsi que PIERRE DUVAL a observé cinquante duodenum mobiles indiscutables et n'est intervenu que deux fois. D'ailleurs bien des troubles fonctionnels légers sont améliorables par le port d'une ceinture anti-ptosique.

B. LES INDICATIONS : Elles sont formelles, lorsqu'existe un ulcère associé ou lorsque le duodénum mobile s'accompagne de troubles fonctionnels et généraux dus à la sténose et rebelles au traitement médical habituel des sténoses.

C. LES MÉTHODES : On peut grouper en deux catégories les diverses opérations proposées :

— interventions de dérivation supprimant fonctionnellement la sténose et la stase.

— suspensions et pexies duodénales agissant directement sur la malformation.

1° les Dérivations :

Le siège anatomique de la sténose conduit à choisir entre différents types d'interventions :

a) en cas de duodénum mobile partiel incomplet ou de sa variété initiale, la sténose est sus-vatérienne : la gastro-entérostomie est indiquée.

b) dans tous les autres cas, il faut recourir à une duodéno-jéjunostomie dont la technique variera d'ailleurs avec le siège de la sténose.

- les sténoses du segment duodénal situé à gauche de la mésentérique nécessitent une duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique à droite de la mésentérique. (Tech. de Boppe).

- les sténoses de l'angle duodéno-jéjunal peuvent nécessiter une duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique à gauche de la mésentérique supérieure.

Mais, cette variété d'interventions est d'une exécution beaucoup plus difficile que l'anastomose classique à droite de la mésentérique et ne donne pas de meilleurs résultats.

c Enfin, dans certains cas, le croisement plus à gauche que normalement par la racine du mésocôlon transverse, empêche la duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique à droite de la mésentérique. C'est dans ces cas qu'on devra recourir :

— Pour PIERRE DUVAL à une duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique transmésocolique (anastomose de la première duodéno-jéju-

nale avec la face antérieure de D2 ou même avec le genu inferius).
Il est des cas où l'accolement en canon de fusil de l'anse jéjunale est trop serré dans son passage à travers le mésocolon transverse pour ne pas faire redouter des troubles de l'évacuation :

une jéjuno-jéjunostomie complémentaire, sous-mésocolique aux deux pieds de l'anse sera donc nécessaire.

— pour GREGOIRE, l'anastomose trasmésocolique a de nombreux inconvénients et cet auteur lui préfère la duodéno-jéjunostomie en Y.

2° Les Suspensions et les Pexies

De multiples procédés ont été proposés, visant à une restauration anatomique.

1° *La fixation directe* de la première portion du duodénum à la paroi abdominale antérieure est abandonnée, car elle augmente les troubles auxquels elle prétendait remédier.

2° *la plicature du petit épiploon* est contestée dans ses résultats et imprécisée dans sa technique.

3° *la fixation à la paroi postérieure* n'est qu'une intervention incomplète car la récidive est inévitable ou la sténose ne fait que changer de siège.

4° *la duodénopexie* : c'est une gastropexie prolongée sur D1 jusqu'à sa continuation avec D2.
Certains (avec LAMBRET) utilisent à cet effet une bandelette aponévrotique, détachée du bord interne de la gaîne du grand droit gauche ; d'autres (avec PERTHES) préfèrent commencer la suspension en sens inverse, en utilisant le ligament rond qu'ils libèrent jusqu'au foie, solide point d'appui supérieur.

— Cette duodénopexie, quelque soit celui des deux procédés qu'on aie adopté, est d'une technique complexe et ses résultats sont très inconstamment favorables.
Nous n'avons fait que citer ces quatre procédés pour nous attarder sur la seule pexie vraiment efficace.

5° *la duodénopexie associée à la suspension du pylore et du duodénum.*

Cette technique précise, simple et qui semble avoir donné d'excellents résultats, a été mise au point par Pierre DUVAL et PATEL. Elle semble, de toutes les pexies proposées, être la plus indiquée, à condition (DUVAL) que les troubles résultent vraiment d'un duodénum mobile et que sa ptose en soit seule responsable. Si, en effet, une sténose ancienne, de la périduodénite s'y associent, si les tissus sont en mauvais état, s'il existe de la ptose colique : il n'y a aucun doute qu'il faille lui préférer une intervention de dérivation.

Nous en résumerons la technique en l'empruntant à ses auteurs (Pierre DUVAL et Jean PATEL) : La duodénopexie associée à la suspension du segment pyloro-duodénal. (*Journal de Chirurgie*, fév. 1932, page 161).

A. la duodénopexie de D2.

— attirer vers la gauche la deuxième portion duodénale mobile, pour exposer sa face postérieure et tendre le ligament duodéno-rénal, qui, étiré, lui constitue un véritable méso.

— au niveau du péritoine pariétal postérieur prérénal, où devrait adhérer la face postérieure de D2, pratiquer une ressection péritonéale triangulaire prudente, plus ou moins étendue, suivant les besoins et suivant les possibilités. La mobilité du duodénum, la distension du péritoine facilitent en général ce temps opératoire.

— appliquer la face postérieure de D2 sur le segment triangulaire postérieur dépéritonisé, suturer le bord externe de D2 à la lèvre externe du feuillet péritonéal pariétal postérieur par quelques points séro-séreux, étagés dans le sens vertical.

B. la suspension de D1 et du genu superius.

— libérer le ligament rond, de l'ombilic au bord antérieur du foie, en incisant le ligament fal-

ciforme à quelques mm. du ligament rond, pour respecter autant que possible les artérioles qui l'accompagnent.
Si le ligament rond, trop grêle, semble peu résistant, on peut le renforcer d'une double soie sur toute sa longueur (Perthes).

— enfouir le ligament rond, à la Witzel, ou sous un simple surjet séro-séreux, depuis le genu superius jusqu'à la petite courbure en suivant le bord supérieur de D1, puis du pylore. On prolonge du côté gastrique l'enfouissement aussi loin que le permet la longueur du ligament rond (puisqu'il existe dans la règle, une ptose gastrique concomittante).

— fixer l'extrémité libre (primitivement ombilicale) du ligament rond à la face profonde de l'insertion costale du muscle grand droit gauche.

D. LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° Lorsque la mobilité duodénale est certaine, et suffit à expliquer tous les troubles, la technique de DUVAL et PATEL donne d'excellents résultats.

Cliniquement, les douleurs et les troubles du transit disparaissent et radiologiquement des clichés dans les différentes positions, montrent que le duodénum a repris une morphologie normale.

2° Dans les autres cas, la seule intervention logique est la duodéno-jéjunostomie. L'intervention est d'autant plus facile que la mobilité et la dilatation duodénale s'y prêtent davantage. La cessation des douleurs et l'augmentation rapide du poids sont les plus sûrs témoins de son action heureuse. Lorsque la guérison est complète, elle est rapide et durable.

A. WEISS, en 1925, compte vingt-sept bons résultats éloignés sur trente-quatre cas.

— BOPPE, en 1919, comptait sur cent onze

interventions pratiquées pour des sténoses sous-vatériennes (des diverses étiologies) :

mortalité opératoire	2,7 %
résultat nul	5 %
amélioration simple	15 %
guérison complète	70 %

un certain nombre d'interventions (8 %), étaient de dates trop récentes pour qu'on puisse en tirer des conclusions valables.

Conclusions

1° Il faut actuellement discuter, en pathologie digestive, à côté des affections les plus fréquentes (dyspepsies, gastrites, ulcères gastro-duodénaux, cholécystites, appendicite chronique la possibilité d'une malformation congénitale qui n'est pas rare :
le Duodénum Mobile.

* * *

2° Dans de nombreux cas, le duodénum mobile est parfaitement latent, mais, lorsqu'il entraîne des troubles, il emprunte le plus souvent ses symptômes aux organes dont il entrave le fonctionnement normal et l'origine exacte des troubles est plus ou moins longtemps méconnue.

* * *

3° Lorsque le duodénum mobile a une symptomatologie duodénale, c'est là l'indice de complications (duodénite, péri-duodénite, sténose duodénale) et il n'est pas rare que les troubles soient attribués longtemps à un ulcère gastro-duodénal.

* * *

4° Il est pourtant un moyen fidèle de diagnostic : *l'examen radiographique* qui, pratiqué avec une bonne technique (radios en série) et dans différentes positions, arrive presque toujours à faire la preuve de l'existence d'un duodénum mobile. Encore faut-il connaître les images radiographiques que donne cette malformation.

* * *

5° Le traitement du duodénum mobile est double : *médical*, il s'adresse à la grande majorité des cas, où le peu

de gravité des troubles présentés ne semble pas autoriser une intervention qui n'est pas dénuée de tout risque ; *chirurgical*, il est indiqué formellement en cas de sténoses duodénales ou d'association d'un ulcère au duodénum mobile.

* * *

6° La *duodéno-jéjunostomie* est la seule intervention logique en cas de sténose duodénale ; la *duodénopexie associée à la suspension du segment pyloro-duodénal*, semble la plus indiquée lorsque les troubles sont imputables à la seule mobilité duodénale anormale.

Vu : *Le Président de Thèse*,

Pr J. CASTAIGNE.

Vu : *Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg*,

Pr André FORSTER.

Clermont-Ferrand, le 5 octobre 1939,

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Recteur de l'Académie de Strasbourg,

André FORSTER,

Vice-Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

1° *Sténoses sous-vatériennes*

Duval, Roux et Beclère : Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum. (Masson, 1921).

Duval et Gatellier : Les sténoses sous-vatériennes du duodénum. (*Arch. mal. app. diges.* Tome II, n° 3, juin 1921).

Gutmann : Les syndromes douloureux épigastriques. (Doin, 1933).

Kelogg : Stase duodénale chronique. Radiology (juillet 1927).

Mac Gehee : Obstruction chronique et dilatation du duodénum. (*Amer. jour. surg.*, avril 1938).

Nard : Considérations à propos des sténoses duodénales chroniques. (*Gazette sc. méd.* Bordeaux, 31 mai 1936).

Paula e Silva (de) : Troubles de l'évacuation duodénale et leur relation avec les affections de la vésicule biliaire. (*Arch. Verd Krankheit*, décembre 1937).

2° *Duodénum mobile.*

Banzet : *Arch. des mal. de l'app. dig.* (avril 1938).

Duval : *Bull. nat soc. chir.*, 27, n° 17.

P. Duval et Belère : Le duodénum mobile en radiologie clinique. id., 1929, n° 10.

Gutmann : *Arch. mal. app. dig., mai* 1932.

Leriche : *Bull. soc. nat. chir.*, 197, 27.

Mialleret : *Art. ine. m. C.*

Ortiz : Thèse Paris, 1929.

Saul : Les ptoses du duodénum, thèse Lyon, 1912.

Viennot-Bourgi : Thèse Paris, 1932

Welti : Travaux cliniques Hôtel-Dieu, Paris, 7e série 1928.

3° *Duodeno-jéjunostomie.*

Boppe : *Journ. chir.*, janv. 1929.

Grégoire : *Journ. chir.*, mai 1922.

Weiss : Résultats de la duodéno-jejunostomie en cas de sténose sous-vatérienne. (*Arch. mal. app. dig.*, 1925, p. 318).

4° *Duodenopexie.*

Duval Pierre et Patel Jean : La duodénopexie associée à la suspension du segment pyloro-duodénal. (*Journ. chir.*, fév. 1932, p. 161).

IMPRIMERIE
GÉNÉRALE
J. de Bussac
2, cours Sablon
Clermont-Fd